FISIOLOGIA CARDÍACA

FUNÇÃO SISTEMA CIRCULATÓRIO: transportar nutrientes, gases, materiais que se movem entre as células e resíduos eliminados pelas células.

PRESSÃO, VOLUME, FLUXO E RESISTÊNCIA: os líquidos e os gases fluem de regiões de alta pressão (artérias) para regiões de baixa pressão (veias). Sendo que a pressão diminui diretamente proporcional a medida em que se afasta do coração.

Quando se tem a vasoconstrição a pressão aumenta, e na vasodilatação a pressão cai. A pressão é influenciada ainda por mudança no volume nos vasos.

A resistência dos vasos ao fluxo é influenciada pelo raio do tubo, o comprimento do tubo e a viscosidade do líquido.

A velocidade do fluxo é maior naqueles vasos mais estreitos.

CORAÇÃO: átrios e ventrículos que se contraem simultaneamente em relação ao seu par. Os átrios (cavidade que chega o sangue) se contraem de cima para baixo, enquanto os ventrículos (cavidade que irá expulsar o sangue) se contraem de baixo para cima (arranjo em espiral do músculo), pois assim o sangue é ejetado para o topo.

Tecido conectivo fibroso: circunda as valvas, é fundamental importância no bloqueio da transmissão dos sinais excitatórios entre os átrios e ventrículos.

Valvas atrioventriculares (tricúspide a direita, mitral a esquerda) e semilunares (aórtica a esquerda, pulmonar a direita) garantem o fluxo unidirecional.

CONTRAÇÃO CARDÍACA: as células marca-passo são responsáveis pela contração miogênica (aquela em que o estímulo é originado pelo próprio órgão). Elas transmitem potencial de ação que estimula as células contráteis (aquelas com força contrátil). A contração simultânea de todas as células ocorre em decorrência da presença de discos intercalares (desmossomos + junções comunicantes).

1. Potencial de membrana em repouso
2. Despolarização (abre canais de sódio)
3. Repolarização inicial (saída de potássio)
4. Platô (abre canais de cálcio)
5. Repolarização rápida (abre canais de potássio)

O potencial de ação nas células cardíacas é diferente das células miocárdicas pois é prolongado, devido ao platô (impede que ocorra a contração sustentada ao fazer com que o período refratário e a contração terminem juntos):

1. Potencial de ação abre canais de Ca que entra na célula
2. Ca induz a liberação de mais Ca pelos canais receptores de rianodina
3. Liberação gera faíscas de Ca
4. Faíscas criam sinal de Ca
5. Ca se liga a troponina e ocorre a contração

Contração graduada é uma propriedade do músculo cardíaco em que as fibras variam a quantidade de força exercida em razão da disponibilidade de cálcio ou do comprimento do sarcômero.

A estimulação simpática no coração promove taquicardia (despolarização mais rápida), enquanto a estimulação parassimpática promove bradicardia (limiar mais negativo).

CIRCUITO DE DESPOLARIZAÇÃO: nó sinoatrial (principal marcapasso, determina a FC) ->via intermodal -> nó atrioventricular -> fascículo atrioventricular -> fibras de purkinje.

O esqueleto fibroso do coração força o caminho pelo nó atrioventricular, o que atrasa o potencial de ação (permite o término da contração do átrio) e faz com que a contração ventricular ocorra de baixo para cima.

CICLO CARDÍACO:

1. Coração em repouso, diástole atrial e ventricular
2. Término do enchimento ventricular – sístole atrial
3. Contração ventricular inicial e primeiro som cardíaco
4. Contração ventricular final – ejeção ventricular
5. Relaxamento dos ventrículos e segundo som cardíaco

FÁRMACOS ANTIANGINOSOS

ANGINA: é uma forma de apresentação clínica da doença das artérias coronárias. É um quadro repentino e grave caracterizado por dor comprimindo o peito que se irradia pelo pescoço, pela mandíbula, pelas costas e pelos braços. Ela é causada pelo fluxo sanguíneo coronariano que é insuficiente para suprir a demanda de oxigênio do miocárdio (seja pelo esforço do miocárdio ou pela obstrução do vaso), levando à isquemia. Esses episódios transitórios (15 segundos a 15 minutos) de isquemia miocárdica não causam morte celular, como ocorre no infarto do miocárdio. A isquemia crônica pode levar à deterioração da função cardíaca, levando, por sua vez, à insuficiência cardíaca.

Três classes de fármacos, usados isoladamente ou em associação, são usados comumente no tratamento de pacientes com angina estável: nitratos orgânicos, beta-bloqueadores e bloqueadores de canais de cálcio. Esses fármacos diminuem a demanda de oxigênio pelo coração afetando a pressão arterial, o retorno venoso, a frequência e a contratilidade cardíacas.

TIPOS DE ANGINA:

**Angina induzida por esforço, clássica ou estável:** Ela é caracterizada por uma sensação de queimação, peso ou pressão no peito de curta duração. Ela é causada pela redução da perfusão coronariana devida à obstrução fixa da artéria coronária produzida por aterosclerose. Devido à obstrução fixa, o suprimento de sangue não consegue aumentar, e o coração se torna vulnerável à isquemia quando há aumento da demanda, como a produzida durante exercício físico, excitação emocional ou qualquer outra causa que aumente a carga de trabalho cardíaco. A angina pectorsi típica é aliviada de imediato com repouso ou nitroglicerina, o que diminui a demanda do miocárdio por oxigênio. Quando o padrão da dor torácica e a intensidade do esforço necessário para iniciar as dores torácicas não se alteram de um dia para outro ou de semana para outra, a angina é denominada "angina estável".

**Angina instável:** Na angina instável, a dor torácica ocorre com maior frequência, duração e intensidade e é desencadeada pelo esforço progressivamente menor. Qualquer episódio de angina de repouso com mais de 20 minutos, qualquer novo aparecimento de angina ou aumento da angina (crescendo), e mesmo o desenvolvimento súbito de falta de ar, é sugestivo de angina instável. Os sintomas não aliviam com repouso ou nitroglicerina. A angina instável exige hospitalização e tratamento mais agressivo para evitar a morte e a evolução ao infarto do miocárdio.

**Angina de Prinzmetal, variante, vasoespástica ou de repouso:** A angina de Prinzmetal é um padrão incomum de angina episódica que ocorre em repouso e resulta de espasmo da artéria coronária. Os sintomas são causados pela diminuição do fluxo sanguíneo ao músculo cardíaco pelo espasmo da artéria coronária. Embora os indivíduos com essa forma de angina possam apresentar aterosclerose coronariana significativa, os ataques de angina não são relacionados com atividade física, frequência cardíaca ou pressão arterial. A angina de Prinzmetal em geral responde prontamente aos vasodilatadores coronários como nitroglicerina e bloqueadores de canais de cálcio.

**Formas mistas de angina:** Pacientes com doença coronária avançada podem apresentar episódios de angina durante esforço, bem como em repouso, sugerindo a presença de obstrução fixa associada com disfunção arterial e doença vasoespástica.

**Síndrome coronariana aguda:** A síndrome coronariana aguda é uma emergência que resulta comumente da ruptura de uma placa aterosclerótica e trombose parcial ou completa de uma artéria coronária. A maioria dos casos decorre da ruptura de uma lesão aterosclerótica tipificada por um grande grupo de lipídeos, numerosas células inflamatórias e uma capa fina e fibrosa (placa flexível). Este evento é seguido de ativação das plaquetas da cascata de coagulação e vasoconstrição. O processo culmina em trombose intraluminal e oclusão vascular. Se o trombo obstrui a maior parte do vaso e se a oclusão não é combatida, pode ocorrer necrose do músculo cardíaco (infarto do miocárdio). A síndrome coronariana aguda pode se apresentar como infarto do miocárdio com elevação do segmento ST (sigla em inglês, STEMI), infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST (NSTEMI) ou como angina instável, onde não estão presentes aumento das enzimas ou de biomarcadores da necrose do miocárdio.

NITRATOS ORGÂNICOS: nitroglicerina, dinitrato de isossorbida e mononitrato de isossorbida. São usados na angina estável, instável e variante.

Eles inibem a vasoconstrição ou espasmos coronarianos, que aumenta a perfusão cardíaca. Os nitratos também promovem vasodilatação nas veias, o que diminui a pré-carga e consumo de O2, o que os tornam eficazes no tratamento da angina de esforço. Parecem relaxar o músculo liso vascular por sua conversão intracelular em íons nitrito, e, então, a óxido nítrico, que, por sua vez, ativa a guanilato-ciclase e aumenta o monofosfato de guanosina cíclico (GMPc). O GMPc aumentado leva à desfosforilação das cadeias leves de miosina, resultando em relaxamento do músculo liso vascular.

A nitroglicerina sublingual é o fármaco de principal escolha para o alívio imediato do ataque de angina. Ela promove dilatação das grandes veias (diminui pré-carga e trabalho do coração) e dilata os vasos coronarianos (aumenta oferta de O2).

Nitroglicerina demora mais ou menos um minuto para agir, mas outras drogas podem demorar até uma hora. Ela sofre biotransformação no fígado, por isso a via sublingual é melhor, pois evita esta passagem.

O efeito adverso mais comum é a cefaleia (30-60% dos pacientes). No entanto, doses altas podem causar hipotensão estrutural, rubor facial e taquicardia reflexa.

A tolerância aos nitratos se desenvolve rapidamente, e isto pode ser evitado estabelecendo um intervalo livre de nitrato (10-12h), normalmente aconselhado ser durante a noite.

BLOQUEADORES BETA-ADRENÉRGICOS: propranolol (não seletivo), metoprolol e atenolol (seletivos). Diminuem a demanda de oxigênio durante o repouso e exercício diminuindo a frequência e força de contração. São fármacos de escolha para a angina de esforço.

Em doses elevadas podem inibr os receptores B2, importante para pacientes asmáticos.

Podem ser usados com nitratos para aumentar a duração do exercício e a tolerância em pacientes com angina clássica. Além de servirem para evitar a taquicardia reflexa provocada pela nitroglicerina.

São contraindicados em pacientes com asma, diabetes, bradicardia grave, doença vascular periférica e doença pulmonar obstrutiva crônica. Nota: é importante não interromper abruptamente o uso do beta-bloqueador. A dosagem deve ser reduzida gradualmente por 2 a 3 semanas para evitar rebotes de angina, infarto do miocárdio e hipertensão.

BLOQUEADORES DOS CANAIS DE CÁLCIO: verapamil, diltiazem, nifedipino. Os bloqueadores de canais de cálcio protegem o tecido inibindo a entrada de cálcio nas células cardíacas e musculares lisas dos leitos arteriais coronarianos e sistêmicos. Todos os bloqueadores de canais de cálcio são, portanto, vasodilatadores arteriolares que causam diminuição do tônus dos músculos lisos e da resistência vascular.

Seu uso no tratamento da angina de esforço depende da redução do consumo de oxigênio pelo miocárdio resultante da diminuição da pós-carga. Sua eficácia na angina vasoespástica é devido ao relaxamento das artérias coronárias.

Podem causar rubor, cefaleia, hipotensão e edema periférico como efeitos adversos decorrentes de sua atividade vasodilatadora. Como com todos os bloqueadores de canais de cálcio, a constipação é um problema.

BLOQUEADORES DOS CANAIS DE SÓDIO: A ranolazina inibe a última fase da corrente de sódio (INa tardia) melhorando a equação suprimento-e-demanda de oxigênio. A inibição da INa tardia reduz a sobre-carga intracelular de sódio e cálcio, melhorando, assim, a disfunção diastólica. A ranozalina é indicada para o tratamento da angina crônica e pode ser usada só ou em combinação com outros tratamentos tradicionais, mas, mais frequentemente, é usada como opção nos pacientes em que outros tratamentos anginosos falharam. A ranozalina não é usada no tratamento de ataque agudo de angina.

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

O ataque cardíaco (infarto) é a insuficiência de sangue oxigenado na área do coração devido a obstrução de uma veia coronária. Por conta do sangue não conseguir fluir na região, o músculo entra em um processo de necrose, o que pode levar o paciente à morte.

A obstrução da veia coronária em questão normalmente acontece por conta de um coágulo de sangue que se forma acima da placa de gordura que reveste a veia o que leva à impossibilidade do sangue em fluir (isquemia) e ocasionar, consecutivamente, a morte celular.

Segundo o Ministério da Saúde, cerca de 300 mil infartos acontecem por ano no Brasil e, desses, 80 mil acabam sendo fatais ou por não receberem o tratamento adequado ou por não controlarem os fatores de risco que podem desencadear a doença. Por conta da evolução tecnológica com o passar dos anos, a taxa de mortalidade, atualmente, compõe cerca de 4 a 5% de todos os casos, ou seja, 10 vezes menor do que 50 anos atrás.

Além desse nome, o infarto pode ser conhecido por outros nomes, tais como:

Infarto do miocárdio;

Infarto agudo do miocárdio;

Síndrome coronariana aguda;

Trombose coronária;

Oclusão coronária.

O infarto é classificado, normalmente em dois tipos:

Infarto STEMI: significa que o paciente sofreu um infarto do miocárdio com elevação do segmento ST, ou seja, quando há um bloqueio completo da veia coronária;

Infarto NSTEMI: esse tipo acontece quando o infarto do miocárdio não possui elevação do segmento ST, ou seja, o bloqueio da veia coronária se dá de forma parcial.

Causas de Infarto

Um infarto ocorre quando uma ou mais de suas artérias ficam bloqueadas. Por conta de um acúmulo de várias substâncias, incluindo o colesterol, a artéria pode estreitar, gerando uma doença chamada Doença Arterial Coronariana, principal causa da maioria dos infartos já diagnosticados. Durante um episódio de infarto, uma dessas placas de substâncias pode romper e derramá-las na corrente sanguínea, formando um coágulo de sangue no local do rompimento, impedindo com que o fluxo de sangue chegue em quantidade suficiente ao músculo cardíaco.

Outra causa bastante comum de infarto é um espasmo de uma artéria coronária, que desliga por completo o fluxo sanguíneo que vai até o coração. O uso de tabaco e drogas ilícitas podem facilitar muito um caso de espasmo e, muitas vezes, ele pode ser fatal. Além disso, um infarto também pode ocorrer devido a um rasgo na artéria do coração.

Fatores de risco

Vários são os fatores que podem desencadear um infarto. Dentre todos, pode-se dividi-los em 3 grupos:

Principais fatores de risco: pesquisas apontam que determinados fatores imutáveis aumentam consideravelmente as chances de desenvolvimento de uma doença cardiovascular;

Fatores de risco modificáveis: grande parte dos fatores de risco do infarto pode ser modificada, tratada ou controlada através da mudança de estilo de vida ou do uso de medicamentos;

Fatores de risco contribuintes: são fatores associados com o aumento do risco de doença cardiovascular e que também influenciam em casos de infarto.

**Principais fatores de risco**

São os fatores de risco que não podem ser modificados. Conheça quais são:

Idade

A maioria das pessoas que morrem devido a um caso de infarto possuem 65 anos ou mais. Em idades mais avançadas, as mulheres são mais propícias do que os homens a morrerem em algumas semanas após o episódio.

Sexo masculino

Os homens possuem mais riscos de infartar quando comparados às mulheres, além de poderem experimentar a condição em idade mais cedo.

Menopausa

Por conta da perda da proteção vascular proporcionada pelos hormônios femininos, mulheres na menopausa tem um risco maior de desenvolverem um infarto do que as que ainda não estão nessa fase.

Hereditariedade

Filhos de pais cardíacos possuem mais chances de também desenvolverem doenças cardíacas. Além disso, pessoas negras possuem pressão arterial mais elevada do que as caucasianas, aumentando, assim, o risco de doença cardíaca.

Histórico de pré-eclâmpsia

Essa condição provoca o aumento da pressão sanguínea durante a gravidez, aumentando o risco de desenvolvimento de doenças cardíacas.

Histórico de doenças auto-imunes

Doenças como artrite ou lúpus podem aumentar o risco do paciente em ter um infarto.

**Fatores de risco modificáveis**

Mesmo existindo fatores de risco inalteráveis, há aqueles que possuem a chance de serem controlados através do estilo de vida da pessoa e, esses, são em grande quantidade. Portanto, alterando o estilo de vida que você tem, muito provavelmente os seus riscos de desenvolver um infarto serão menores.

Tabagismo

Pessoas fumantes possuem maior propensão a infartar, pelo fato do tabaco ser um forte fator de risco para mortes cardíacas de maneira súbita. Além disso, a substância também aumenta o risco do desenvolvimento de doenças coronarianas. O mesmo vale para fumantes passivos (ou seja, não fumantes que tem contato direto com fumantes).

Colesterol alto

Conforme a taxa de colesterol aumenta em uma pessoa, seu risco de desenvolver uma doença coronariana também aumenta. Quando outros fatores de risco estão presentes, como o tabagismo e a hipertensão, esse risco aumenta ainda mais.

Hipertensão

Uma pessoa que tenha a sua pressão mais elevada do que o normal, a carga de trabalho do coração é aumentado, o que faz com que o músculo cardíaco engrosse e se torne mais rígido. Com esse enrijecimento, o órgão não funciona direito, podendo aumentar os riscos de AVC, infarto, insuficiência renal e insuficiência cardíaca congestiva.

Quando a pressão alta está junta de obesidade, tabagismo, colesterol alto ou diabetes, o risco de infarto e AVC aumentam ainda mais.

Sedentarismo

Pessoas que são inativas fisicamente possuem chances maiores de terem um infarto. A prática de uma atividade física ajuda no controle do colesterol alto, diabetes e obesidade, bem como auxilia a baixar a pressão arterial sanguínea de algumas pessoas.

Obesidade

Quem tem excesso de gordura em seu corpo é mais propenso a desenvolver uma doença cardíaca ou sofrer de um AVC. A obesidade ou o sobrepeso junto de outros fatores de risco, como o colesterol alto e a hipertensão, aumenta a chance do aparecimento de diabetes do tipo 2.

Diabetes

Diabéticos possuem maiores chances de desenvolverem doenças cardiovasculares pelo menos 68% de pessoas diabéticas menores de 65 anos morrem por conta de alguma doença cardíaca. As pessoas que possuem diabetes e estão acima do peso, precisam controlar a taxa de açúcar em seu sangue para que consequências piores não venham a incomodar.

**Fatores de risco contribuintes**

Alguns desses fatores listados abaixo, combinados com um fator de risco modificável, podem ajudar num quadro de infarto também.

Estresse

Alguns cientistas observaram uma relação entre o estresse na vida de alguém com o risco do desenvolvimento de doença coronária. Isso se deve ao fato de que, sob muito estresse, uma pessoa pode recorrer a itens que ajudem a aliviá-lo, como comer demais, começar a fumar ou fumar mais do que o costume.

Alcoolismo

A ingestão de muito álcool pode aumentar a pressão arterial sanguínea, além de aumentar o risco de doenças e condições como cardiomiopatia, AVC e batimentos cardíacos irregulares.

Dieta

Uma dieta saudável é a chave para a prevenção de grande parte das doenças, inclusive as cardiovasculares. O que você ingere e a quantidade que você ingere pode afetar diretamente em fatores de risco modificáveis, como colesterol alto, hipertensão e excesso de peso.

Uso de drogas ilícitas

Ao usar drogas ilícitas, como a cocaína, espasmos em suas artérias coronárias podem ser mais frequentes e, consequentemente, gerar um caso de infarto.

Sintomas do Infarto:

Boa parte dos casos de infarto não apresentam nenhum sintoma. Porém, quando aparecem, podem ser divididos entre os clássicos e os mais atípicos que, normalmente, aparecem em maior parte nas mulheres. Com relação a duração, os sintomas podem durar de alguns minutos a algumas horas, podendo surgir, desaparecer e surgir novamente.

**Sintomas clássicos**

Dor no peito que pode irradiar para o braço esquerdo, pescoço, estômago e costas;

Suor frio;

Desmaio.

**Sintomas atípicos (normalmente surgem em mulheres)**

Enjoos;

Vômitos;

Falta de ar;

Fadiga excessiva;

Desconforto no peito;

Arritmia.

Exames que diagnosticam o infarto

Alguns exames podem ser solicitados pelo cardiologista. Saiba quais são:

Eletrocardiograma (ECG)

Exame que identifica onde o dano ocorreu e qual foi a intensidade com que atingiu o órgão. O ECG tem a função, basicamente, de medir quão rápido o seu coração está batendo e qual é o seu ritmo (estável ou irregular), além de registrar a força e o tempo com que os sinais elétricos passam através de cada parte do coração.

Exames de sangue

Através de exames de sangue, os níveis de determinadas enzimas cardíacas que indicam danos no músculo cardíaco podem ser medidas. Medindo essas enzimas, o médico consegue ter uma noção do tamanho do infarto e aproximadamente quando ele começou. Além das enzimas, troponinas também são medidas, isto é, proteínas encontradas dentro das células cardíacas que são liberadas apenas quando as células são danificadas pela falta de sangue suficiente no coração.

Ecocardiografia

É um tipo de exame de imagem que é utilizado para saber como o coração está bombeando o sangue, bem como as áreas em que não está sendo bombeado corretamente. A ecocardiografia mostra também quais estruturas do coração sofreram lesões com o infarto.

Cateterismo

Caso os medicamentos não aliviem os sintomas do infarto, o cateterismo pode ser recorrido pelos médicos. Esse exame é usado para visualizar diretamente a artéria bloqueada e ajudar o especialista a determinar qual será o melhor tratamento para aquele caso.

Tratamento

O tratamento para um caso de infarto consiste basicamente em procedimentos mecânicos/cirúrgicos e uso de medicamentos. Entenda melhor:

Procedimentos mecânicos/cirúrgicos

Desfibrilação: quando o paciente sofre, durante o infarto, com uma condição conhecida como fibrilação ventricular (arritmia perigosa na frequência cardíaca), pode-se usar o desfibrilador para que essa irregularidade seja controlada;

Angioplastia: tubo com um balão na ponta que é inserido na artéria bloqueada, a fim de desbloqueá-la;

Angioplastia a laser: semelhante a angioplastia, com a diferença de que, ao invés de um balão, o tubo possui uma ponta de laser que abre a artéria bloqueada;

Cirurgia de substituição da válvula cardíaca: a válvula cardíaca doente é substituída por uma saudável, porém artificial;

Aterectomia: bem parecida com a angioplastia, na aterectomia o cateter implantado tem um barbeador rotativo em sua ponta para cortar a placa que está bloqueando a artéria;

Cirurgia de bypass: trata as artérias bloqueadas e cria novas passagens para o sangue circular normalmente no músculo cardíaco;

Cardiomioplastia: procedimento experimental que visa retirar os músculos esqueléticos das costas ou do abdômen do paciente a fim de serem estimulados sincronicamente ao coração, fazendo com que o miocárdio seja substituído ou envolvido por eles;

Transplante cardíaco: substituição do coração doente por outro saudável que foi doado;

Cirurgia cardíaca minimamente invasiva: é uma alternativa para a cirurgia de bypass padrão;

Ablação por radiofrequência: um cateter com um eletrodo na ponta é guiado através das veias até chegar no músculo cardíaco e fazer com que algumas células sejam destruídas em uma área muito pequena;

Procedimento de stent: um tubo de malha é utilizado para abrir uma artéria durante uma angioplastia;

Revascularização Transmiocárdica: um laser é utilizado para fazer uma série de furos na câmara de bombeamento do coração.

Medicamentos para infarto

Aspirina: caso você não tenha tomado o medicamento enquanto esperava a ambulância, os paramédicos irão administrar uma dose em seu organismo, já que ele ajuda a manter o fluxo sanguíneo em uma artéria que está mais estreita;

Trombolíticos: medicamentos que ajudam a dissolver um coágulo de sangue que está bloqueando a passagem de sangue nas artérias coronárias. Quanto antes receber esse medicamento, maiores são as chances de sobrevivência e com menos sequelas;

Agentes antiplaquetários: ajudam a prevenir a formação de outros coágulos e a manter os coágulos já existentes no tamanho em que estão. Um exemplo de medicamento dessa classe é o clopidogrel;

Outros medicamentos que diluem o sangue: medicamentos como a heparina podem ser administrados a fim de tornar o seu sangue menos “pegajoso” e provável de formar coágulos;

Analgésicos: para aliviar o seu desconforto, morfina poderá ser utilizada;

Nitroglicerina: usado para tratar a angina pectoris, a nitroglicerina pode ajudar na melhora do fluxo sanguíneo para o coração, pois ele dilata os vasos;

Betabloqueadores: medicamentos que ajudam a relaxar o músculo cardíaco, diminuir o ritmo do coração e também a pressão arterial, para que o órgão possa trabalhar mais facilmente. Os betabloqueadores limitam a quantidade de dano ao músculo do coração, além de prevenir futuros infartos;

Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA): reduzem a pressão arterial e o estresse sobre o coração. Uma das opções que podem ser indicadas é o captopril.

Estatinas: utilizadas para diminuir o nível de LDL (“mau colesterol”) e aumentar o HDL (“bom colesterol”). Constata-se que muitas pessoas que fazem uso de medicamentos como sinvastatina ou lovastatina, diminuíram as suas chances de infarto.

Recuperação

No pós-infarto, é necessário que haja um período de recuperação por parte do paciente. Nele, diversos profissionais irão ajudá-lo na recuperação física e mental, que consiste em:

Restaurar gradualmente a sua forma física para que você possa voltar a fazer as suas atividades normalmente;

Reduzir os riscos de outro episódio de infarto.

Fisioterapia

O processo de fisioterapia pós-infarto deve ter início ainda no hospital e ele costuma ser composto pelos seguintes exercícios:

Exercícios respiratórios para fortalecer os pulmões;

Alongamentos musculares;

Subir e descer escadas;

Exercícios para melhorar a sua condição física.

A intensidade de todos eles irá depender bastante da fase de reabilitação em que o paciente já se encontra.

Tomar a medicação corretamente

Após o episódio de infarto, muito provavelmente o seu médico irá lhe receitar alguns remédios para controlar o fluxo de seu sangue ou algum dos fatores de risco que você pode possuir. O ideal é que você saiba sempre os nomes desses medicamentos, bem como tomá-los da maneira que foi prescrita.

Lide com as suas emoções

Após um infarto, sentimentos como medo, raiva e depressão poderão vir a assolar o paciente. Portanto, para que isso seja controlado e não avance para um nível ainda maior, cogite em discutir a situação com o seu médico, amigos e familiares. Se preferir, faça parte de grupos de reabilitação cardíaca, pois eles podem ser eficazes na hora de te ajudar a lidar com tudo o que aconteceu.

Dieta

Ter uma dieta saudável é sinônimo de boa saúde e prevenção para diversas doenças, incluindo outro caso de infarto:

Sal, açúcar e gordura saturada: esses três elementos devem ser administrados em pequenas quantidades, para que o colesterol, a pressão arterial e o peso sejam controlados;

Alimentos ricos em magnésio: alimentos como nozes, feijão e vegetais verde-escuro estabilizam a frequência cardíaca, evitando, assim, um infarto;

Vitaminas A, C e E (suplementos vitamínicos não são indicados): frutas, vegetais e grãos fornecem inúmeras vitaminas antioxidantes, que combatem os radicais livres que podem vir a golpear o coração de maneira perigosa;

Ômega-3: ácidos graxos do tipo ômega-3 diminuem a inflamação do corpo, tornando o coração um órgão mais saudável. O ômega-3 pode ser encontrado em alimentos como azeite, óleo de canola e alguns tipos de peixe, como salmão e atum;

Vegetais de raiz: vegetais como a cenoura diminuem o colesterol da pessoa a longo prazo e reduz a coagulação do sangue.

Retornar ao trabalho

O retorno para a sua rotina é variável de pessoa para pessoa, já que a intensidade de trabalho que cada profissão exige é diferente uma da outra. Por exemplo, se você trabalhar em um escritório, fazendo atividades leves durante o dia, o seu retorno poderá se dar em até duas semanas. Porém, se o seu trabalho for mais intenso, como trabalho manual pesado, o retorno poderá ser só depois de vários meses.

Sexo

Segundo a British Heart Foundation, o paciente que sofreu de infarto pode voltar à sua vida sexual logo que se sentir bem o suficiente, o que leva, geralmente, de quatro a seis semanas após o ocorrido. É importante ter em mente que fazer sexo não irá aumentar as chances de outro infarto acontecer.

Dirigir

Caso você tenha um infarto e dirija com frequência, é preciso informar o ocorrido para o DETRAN. Grande parte dos pacientes voltam a dirigir em cerca de duas semanas. Porém, se o caso foi muito intenso, muito provavelmente você ficará afastado da atividade por até quatro semanas.

Pílula anticoncepcional

Jamais faça uso de pílulas anticoncepcionais caso tenha sofrido de infarto, pois esse tipo de medicamento está diretamente ligado ao aumento da coagulação do sangue.

Complicações

Como grande parte das doenças, se não tratada o quanto antes e da forma correta, o infarto também poderá trazer diversas complicações:

Arritmia, isto é, ritmos cardíacos anormais;

Insuficiência cardíaca, temporária ou crônica;

Ruptura do coração, muitas vezes fatal;

Problemas na válvula, causando vazamento;

Disfunção erétil, devido ao estresse e ansiedade causado pelo episódio. Cerca de um a cada três homens sofrem com o problema.